

規 則

児童福祉法施行細則の一部を改正する規則をここに公布する。

令和六年三月二十九日

埼玉県知事 大野 元裕

埼玉県規則第二十四号

児童福祉法施行細則の一部を改正する規則

児童福祉法施行細則（昭和四十二年埼玉県規則第五十九号）の一部を次のように改正する。

第一条の二第一項第一号中「支給の」を「支給及び法第十九条の二十二第四項の小児慢性特定疾病要支援者証明事業に係る」に改め、同条第二項第一号中「医療受給者証」の下に「及び法第十九条の二十二第四項の小児慢性特定疾病要支援者証明事業による登録者証」を加える。

様式第一号の二を次のように改める。

様式第1号の2（第1条の2関係）

小児慢性特定疾病医療費支給申請書／小児慢性特定疾病登録者証申請書

年 月 日

(宛先)

埼玉県知事

申請者 居 住 地 〒

(注1) フ リ ガ ナ

氏 名

個 人 番 号

電 話 番 号

受診者（要支援者）との続柄

児童福祉法第19条の3第1項の規定により、次のとおり小児慢性特定疾病医療費の支給を申請します。

受 診 者 / 要 支 援 者	小児慢性特定疾病 受給者番号							※他の疾病で支給を受けている場合及び継続申請の場合に記入してください。	
	フリガナ								
	氏名(注2)								
	居住地 (申請者と同じ場合は省略可)	〒							
	生年月日	年 月 日 (歳)							
	加入医療保険等	フリガナ			受診者 との続柄				
		被保険者氏名				記号・番号			
	保険者名称								
小児慢性特定疾病名(注3)				支給開始希望年月日(注4)	年 月 日				
支給開始希望年月日が申請日の1か月以上前の日付となる場合は、理由を記入してください。 <input type="checkbox"/> 医療意見書の受領に時間を要したため <input type="checkbox"/> 症状の悪化等により、申請書類の準備や提出に時間を要したため <input type="checkbox"/> 大規模災害に被災したこと等により、申請書類の提出に時間を要したため <input type="checkbox"/> その他〔 〕									
自己負担上限月額の特例(該当するものに○)(注5)		療養負担過重患者 人工呼吸器等装着者 高額治療継続者							
所得状況を証明する書類の省略を希望する場合は、氏名を記入してください。 <input type="checkbox"/> 自己負担上限月額の階層区分がⅥ(最高額)となることを承諾し、所得状況等を証明する書類は提出しません。 (加入する医療保険が国民健康保険組合の場合は、省略できません。) 申請者氏名 <input type="checkbox"/> 市町村民税が非課税の場合(非課税証明書等の提出が必要)で保護者の収入が80万円を超えるため、自己負担上限月額の階層区分がⅢとなることを承諾し、各種年金・特別児童扶養手当等の証明書は提出しません。 申請者氏名									
申請に関する連絡先(申請者以外の場合に記入してください。)									
フリガナ				受診者(要支援者) との続柄					
氏名									
居住地	〒			電話番号					

(注1) 受診者(要支援者)が18歳未満の場合は保護者、18歳以上の場合は本人が申請してください。

(注2) 申請者本人と異なる場合に記入してください。なお、申請者本人の場合は本人と記載してください。

(注3) 複数の疾病がある場合は全て記入してください。疾患群の異なる疾病や同じ疾患群でも治療内容の異なる疾病については疾病毎の医療意見書の提出が必要です。

(注4) 支給開始日は、指定医が「疾病の状態の程度」を満たすと診断した日又は申請を受理した日の1か月前(申請できなかったやむを得ない理由がある場合は最長3か月前)の同じ日のいずれか遅い日まで遡ることができます。医療意見書に記載された診断年月日等、支給開始日として適当と考えられる日を記入してください。継続申請の場合は記入不要です。

(注5) 特例に該当する場合は、併せて重症患者認定申請を行ってください。

<受診者と同一の公的医療保険に加入する方の情報（支給認定世帯、按分世帯の確認）>

- 1 受診者本人と同一の公的医療保険（以下「健康保険」という。）に加入する方（健康保険の被保険者証の記号・番号が受診者と同じ方）全員を記入してください（同居・別居は関係ありません）。
- 2 受診者本人が国民健康保険（市町村発行）又は国民健康保険組合に加入している場合で、保護者が後期高齢者医療制度の被保険者の場合は、健康保険が異なりますが、保護者も記入してください。
- 3 個人番号は受診者本人及び受診者と同一の健康保険に加入する方のうち、被保険者（2の後期高齢者医療制度の被保険者を含む。）のみ記入してください。なお、当該制度において、既に提出済みの場合は記入不要です。

世帯員氏名 個人番号 <small>※既に提出済みの場合は不要</small>	居住地 (注1)	受診者 との 続柄	生年月日	小児慢性又は指定 難病受給者は該当 するものに☑ (申請中を含む。)	左記の 受給者番号	1月1日時点(注2) の居住市区町村・ 郵便番号
		本人	年 月 日	<input type="checkbox"/> 指定難病 <small>(今回申請する小児慢性 疾病以外の指定難病)</small>		市・区 町・村 〒
			年 月 日	<input type="checkbox"/> 小児慢性 <input type="checkbox"/> 指定難病		市・区 町・村 〒
			年 月 日	<input type="checkbox"/> 小児慢性 <input type="checkbox"/> 指定難病		市・区 町・村 〒
			年 月 日	<input type="checkbox"/> 小児慢性 <input type="checkbox"/> 指定難病		市・区 町・村 〒
			年 月 日	<input type="checkbox"/> 小児慢性 <input type="checkbox"/> 指定難病		市・区 町・村 〒
			年 月 日	<input type="checkbox"/> 小児慢性 <input type="checkbox"/> 指定難病		市・区 町・村 〒
			年 月 日	<input type="checkbox"/> 小児慢性 <input type="checkbox"/> 指定難病		市・区 町・村 〒

(注1) 受診者と異なる場合に記入してください。

(注2) 新規申請：申請が1月～6月の場合は前年の1月1日時点、7月～12月の場合は当年の1月1日時点

継続申請：当年の1月1日時点

<受診を希望する指定小児慢性特定疾病医療機関>

受診を希望する病院、診療所、薬局又は訪問看護ステーションの名称及び所在地を記入してください。

該当する場合は☑		<input type="checkbox"/> 院外薬局の利用はない	
名 称	1	2	
所在地			
名 称	3	4	
所在地			
名 称	5	6	
所在地			
名 称	7	8	
所在地			
名 称	9	10	
所在地			

<登録者証の申請>

登録者証の申請を希望する場合は、下記にチェックしてください。(注3)

<input type="checkbox"/> 登録者証を申請する

(注3) 登録者証を申請する場合、市区町村がマイナンバーを用いた情報連携により災害対策基本法による避難行動要支援者名簿等の作成事務において登録者情報を確認することがあります。

様式第一号の十二を次のように改める。

様式第1号の12（第1条の2関係）

小児慢性特定疾病医療受給者証（兼登録者証）			
公費負担者番号			
受給者番号			
受診者 ／ 要支援者	居住地		
	氏名		
	生年月日	年 月 日	
保険者名			
被保険者証の 記号・番号		適用区分	
保 護 者	居住地		
	氏名	受診者 (要支援者) との続柄	
有効期間			
小児慢性特定 疾病の名称			
指定小児慢性特定 疾病医療機関			
小児慢性特定疾病 登録者証			
自己負担上限月額	月額	円	階層区分
食事療養費			
經由			
上記のとおり認定します。 年 月 日			
埼玉県知事			印
教 示			

備考 教示は、行政不服審査法又は行政事件訴訟法の規定による教示に関する規則（平成17年埼玉県規則第3号）別記第1の1の規定による文を記載して行うこと。

様式第五号備考中「(ホ)対十七号並同並同並同並同(如)」を削る。

様式第八号の三の付表一から付表四までを次のように改める。

付表1 児童発達支援事業所（児童発達支援センターであるものに限る。）の指定に係る記載事項

主として通わせる児童の障害の種別
()

受付番号

事業所	フリガナ								
	名称								
	所在地	(郵便番号 -)							
管理者	連絡先	電話番号			FAX番号				
	フリガナ				住所	(郵便番号 -)			
	氏名				事業所等の名称				
	当該事業所の他の職務又は同一敷地内の他の事業所若しくは施設の従業者との兼務(兼務の場合記入)		兼務する職種及び勤務時間等		-----				
当該事業の実施について定めてある定款又は条例等					第 条第 項第 号				
併設する施設の名称及び概要		名称概要							
児童発達支援管理責任者	フリガナ				住所	(郵便番号 -)			
	氏名								
従業者の職種・員数		嘱託医		児童指導員		保育士		栄養士	
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
従業者数	常勤(人)								
	非常勤(人)								
備考									
基準上の必要人数(人)									
		調理員		児童発達支援管理責任者		機能訓練担当職員		看護職員	
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
従業者数	常勤(人)								
	非常勤(人)								
備考									
基準上の必要人数(人)									
設備基準上の数値記載項目等				基準上の必要値		発達支援室 遊戯室 屋外遊戯場 医務室 相談室 調理室 便所 静養室 (設置部分を○で囲む。)			
	発達支援室	㎡(児童1人当たり)		㎡(児童1人当たり)以上					
	遊戯室	㎡(児童1人当たり)		㎡(児童1人当たり)以上					
主な掲示事項									
営業日									
営業時間		サービス提供時間(送迎時間を除く。)(① : ~ : ② : ~ :)							
利用定員		人							
利用料									
その他の費用									
その他参考となる事項		第三者評価の実施状況		している・していない					
		苦情解決の措置概要		窓口(連絡先)		担当者			
		その他							
協力医療機関		名称				主な診療科名			
地域の障害児への援助の実施状況		有・無							
多機能型実施の有無		有・無							
添付書類		別添のとおり(定款及び登記事項証明書又は条例等、事業所平面図、利用者の推定数、経歴書(管理者、児童発達支援管理責任者)、運営規程、障害児等からの苦情を解決するために講ずる措置の概要、勤務体制・形態一覧表、資産状況(貸借対照表・財産目録等)、設備・備品等一覧表、協力医療機関との契約内容がわかるもの、利用者負担の受領等に関する保護者向け資料、内規その他参考になるもの、障害児通所給付費の請求に関する事項、誓約書、役員の氏名・生年月日・住所がわかるもの)							

- 備考 1 「受付番号」、「基準上の必要人数」及び「基準上の必要値」欄には、記載しないでください。
 2 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別葉に記載した書類を添付してください。
 3 「併設する施設の名称及び概要」欄には、施設の目的及び提供するサービスの内容等を記載してください。
 4 「主な掲示事項」欄には、その内容を簡潔に記載してください。
 5 「その他の費用」欄には、通所している児童又は保護者等に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容について記載してください。

付表2 児童発達支援事業所（児童発達支援センターであるものを除く。）の指定に係る記載事項

主として通わせる児童の障害の種別		受付番号	
()			
事業所	フリガナ		
	名称		
	所在地	(郵便番号 -)	
	連絡先	電話番号	FAX番号
管理者	フリガナ		
	氏名	住所	(郵便番号 -)
	当該事業所の他の職務又は同一敷地内の他の事業所若しくは施設の従業者との兼務(兼務の場合記入)	事業所等の名称	
		兼務する職種及び勤務時間等	
当該事業の実施について定めてある定款又は条例等		第 条第 項第 号	
児童発達支援管理責任者	フリガナ		
	氏名	住所	(郵便番号 -)
従業者の職種・員数		児童指導員	保育士
		専従 兼務	専従 兼務
従業者数	常勤(人)		
	非常勤(人)		
備考			
基準上の必要人数(人)			
		嘱託医	看護職員
		専従 兼務	専従 専従
従業者数	常勤(人)		
	非常勤(人)		
備考			
基準上の必要人数(人)			
設備基準上の数値記載項目等		基準上の必要値	
発達支援室		m ² (児童1人当たり)	m ² (児童1人当たり)以上
設備		指導訓練室	有・無
主な掲示事項			
営業日			
営業時間		サービス提供時間(送迎時間を除く。)(① : ~ : ② : ~ :)	
利用定員		人	
利用料			
その他の費用			
実施サービス		送迎サービス	有・無
その他参考となる事項		第三者評価の実施状況	している・していない
		苦情解決の措置概要	窓口(連絡先) 担当者
		その他	
協力医療機関		名称	主な診療科名
多機能型実施の有無		有・無	
一体的に管理運営される他の事業所		有・無	
添付書類		別添のとおり(定款及び登記事項証明書又は条例等、事業所平面図、利用者の推定数、経歴書(管理者、児童発達支援管理責任者)、運営規程、障害児等からの苦情を解決するために講ずる措置の概要、勤務体制・形態一覧表、資産状況(貸借対照表・財産目録等)、設備・備品等一覧表、協力医療機関との契約内容がわかるもの、利用者負担の受領等に関する保護者向け資料、内規その他参考になるもの、障害児通所給付費の請求に関する事項、誓約書、役員の氏名・生年月日・住所がわかるもの)	

- 備考 1 「受付番号」、「基準上の必要人数」及び「基準上の必要値」欄には、記載しないでください。
- 2 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別葉に記載した書類を添付してください。
- 3 「主な掲示事項」欄には、その内容を簡潔に記載してください。
- 4 「その他の費用」欄には、通所している児童又は保護者等に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容について記載してください。

附表 3 削除

付表 4 放課後等デイサービス事業所の指定に係る記載事項

主として通わせる児童の障害の種別
()

受付番号

事業所	フリガナ								
	名称								
	所在地	(郵便番号 -)							
管理者	フリガナ			住所	(郵便番号 -)				
	氏名								
	当該事業所の他の職務又は同一敷地内の他の事業所若しくは施設の従業者との兼務(兼務の場合記入)		事業所等の名称						
		兼務する職種及び勤務時間等							
当該事業の実施について定めてある定款又は条例等					第 条第 項第 号				
児童発達支援管理責任者	フリガナ			住所	(郵便番号 -)				
	氏名								
従業者の職種・員数		児童指導員		保育士		児童発達支援管理責任者		機能訓練担当職員	
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
従業者数	常勤(人)								
	非常勤(人)								
備考									
基準上の必要人数(人)									
		看護職員		嘱託医					
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
従業者数	常勤(人)								
	非常勤(人)								
備考									
基準上の必要人数(人)									
設備基準上の数値記載項目等				基準上の必要値		発達支援室 相談室 便所 (設置部分を○で囲む。)			
発達支援室		㎡(児童1人当たり)		㎡(児童1人当たり)以上					
設備		指導訓練室				有・無			
主な掲示事項									
営業日									
営業時間									
サービス提供時間(送迎時間を除く。)(① : ~ : ② : ~ :)									
利用定員									
人									
利用料									
その他の費用									
実施サービス		送迎サービス		有・無					
その他参考となる事項		第三者評価の実施状況		している・していない					
		苦情解決の措置概要		窓口(連絡先)		担当者			
		その他							
多機能型実施の有無		有・無							
一体的に管理運営される他の事業所									
添付書類		別添のとおり(定款及び登記事項証明書又は条例等、事業所平面図、利用者の推定数、経歴書(管理者及び児童発達支援管理責任者)、運営規程、障害児等からの苦情を解決するために講ずる措置の概要、勤務体制・形態一覧表、資産状況(貸借対照表・財産目録等)、設備・備品等一覧表、利用者負担の受領等に関する保護者向け資料、内規その他参考になるもの、障害児通所給付費の請求に関する事項、誓約書、役員の氏名・生年月日・住所がわかるもの)							

- 備考
- 「受付番号」、「基準上の必要人数」及び「基準上の必要値」欄には、記載しないでください。
 - 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別葉に記載した書類を添付してください。
 - 「主な掲示事項」欄には、その内容を簡潔に記載してください。
 - 「その他の費用」欄には、通所している児童又は保護者等に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容について記載してください。

様式第二十二号の付表一及び付表二を次のように改める。

付表1 福祉型障害児入所施設の指定に係る記載事項

入所させる児童の主たる障害の種別

()

受付番号

施設	フリガナ									
	名称									
	所在地	(郵便番号 -)								
	連絡先	電話番号				FAX番号				
管理者	フリガナ				住所	(郵便番号 -)				
	氏名									
当該事業の実施について定めてある定款又は条例等					第 条第 項第 号					
併設する施設の名称及び概要		名称								
		概要								
児童発達支援管理責任者	フリガナ				住所	(郵便番号 -)				
	氏名									
他事業の実施の有無		有 ・ 無								
従業者の職種・員数		嘱託医		看護職員		児童指導員		保育士		
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	
従業者数	常勤(人)									
	非常勤(人)									
備考										
基準上の必要人数(人)										
		栄養士		調理員		児童発達支援管理責任者		医師		
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	
従業者数	常勤(人)									
	非常勤(人)									
備考										
基準上の必要人数(人)										
		心理担当職員		職業指導員						
		専従	兼務	専従	兼務					
従業者数	常勤(人)									
	非常勤(人)									
備考										
基準上の必要人数(人)										
設備基準上の数値記載項目等					居室		静養室	調理室		
					浴室		便所	医務室		
居室	1室の最大定員	人		人以下		遊戯室		支援室	屋外遊戯場	
	入所児1人当たりの最小床面積	㎡		㎡		(設置部分を○で囲む。)				
主な掲示事項										
入所定員		人 (過去3か月 平均入所児 人)								
利用料										
その他の費用										
その他参考となる事項	第三者評価の実施状況	している・していない								
	苦情解決の措置概要	窓口(連絡先)					担当者			
	その他									
協力医療機関		名称				主な診療科名				
添付書類		別添のとおり(定款及び登記事項証明書又は条例等、建物の構造概要及び平面図並びに設備の概要、利用者の推定数、経歴書(管理者、児童発達支援管理責任者)、運営規程、入所児からの苦情を解決するために講ずる措置の概要、勤務体制・形態一覧表、資産状況(貸借対照表・財産目録等)、設備・備品等一覧表、協力医療機関との契約内容がわかるもの、利用者負担の受領等に関する保護者向け資料、内規その他参考になるもの、障害児入所施設給付費の請求に関する事項、誓約書、役員の氏名・生年月日・住所がわかるもの)								

- 備考
- 1 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別葉に記載した書類を添付してください。
 - 2 「受付番号」、「基準上の必要人数」及び「基準上の必要値」欄には、記載しないでください。
 - 3 「併設する施設の名称及び概要」欄には、施設の目的及び提供するサービスの内容等を記載してください。
 - 4 「主な掲示事項」欄には、その内容を簡潔に記載してください。
 - 5 「その他の費用」欄には、入所児又は保護者等に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容について記載してください。

付表2 医療型障害児入所施設の指定に係る記載事項

入所させる児童の主たる障害の種別
()

受付番号	
------	--

施設	フリガナ									
	名称									
	所在地	(郵便番号 -)								
管理者	フリガナ			住所		(郵便番号 -)				
	氏名									
当該事業の実施について定めてある定款又は条例等				第 条第 項第 号						
併設する施設の名称及び概要		名称		住所		概要				
児童発達支援管理責任者	フリガナ			住所		(郵便番号 -)				
	氏名									
他事業の実施の有無				有 ・ 無						
従業者の職種・員数		医師		児童指導員		保育士		心理支援担当職員		
		専従 兼務		専従 兼務		専従 兼務		専従 兼務		
従業者数	常勤(人)									
	非常勤(人)									
備考										
基準上の必要人数(人)										
		理学療法士		作業療法士		児童発達支援管理責任者		職業指導員		
		専従 兼務		専従 兼務		専従 兼務		専従 兼務		
従業者数	常勤(人)									
	非常勤(人)									
備考										
基準上の必要人数(人)										
設備基準上の数値記載項目等				基準上の必要値		居室 静養室 調理室 浴室 便所 観察室 支援室 屋外遊戯場 ギブス室 (設置部分を○で囲む。)				
居室	1室の最大定員	人		人以下						
	入所児1人当たりの最小床面積	㎡		㎡						
主な掲示事項										
入所定員		人 (過去3か月 平均入所児 人)								
利用料										
その他の費用										
その他参考となる事項		第三者評価の実施状況			している・していない					
		苦情解決の措置概要			窓口(連絡先)		担当者			
		その他								
添付書類		別添のとおり(定款及び登記事項証明書又は条例等、医療法第7条の許可を受けた診療所であることを証する書類、建物の構造概要及び平面図、利用者の推定数、経歴書(管理者、児童発達支援管理責任者)、運営規程、障害児からの苦情を解決するために講ずる措置の概要、勤務体制・形態一覧表、資産状況(貸借対照表・財産目録等)、設備・備品等一覧表、協力医療機関との契約内容がわかるもの、利用者負担の受領等に関する保護者向け資料、内規その他参考になるもの、障害児入所給付費及び障害児入所医療費の請求に関する事項、誓約書、役員の氏名・生年月日・住所がわかるもの)								

- 備考
- 1 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別葉に記載した書類を添付してください。
 - 2 「受付番号」、「基準上の必要人数」及び「基準上の必要値」欄には、記載しないでください。
 - 3 「併設する施設の名称及び概要」欄には、施設の目的及び提供するサービスの内容等を記載してください。
 - 4 「主な掲示事項」欄には、その内容を簡潔に記載してください。
 - 5 「その他の費用」欄には、入所児又は保護者等に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容について記載してください。

附 則

- 1 この規則は、令和六年四月一日から施行する。
- 2 この規則による改正前の児童福祉法施行細則に定める様式による用紙は、当分の間、所要の調整をして使用することができる。